



Centro Universitário de Brasília - UniCEUB
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES
Curso de Psicologia

Dimensões da Qualidade de Vida do Idoso

Clara Trivelli Muniz

Brasília
Novembro de 2018



Centro Universitário de Brasília - UniCEUB
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES
Curso de Psicologia

Dimensões da Qualidade de Vida do Idoso

Clara Trivelli Muniz

Monografia apresentada à Faculdade de
Psicologia do Centro Universitário de Brasília
como requisito básico para a obtenção do
grau de psicólogo.

Professora-orientadora: Ilsimara Moraes da
Silva

Brasília
Novembro de 2018

Ao Rubens, à Nilde, ao José e à Maria Helena,
meus amados avós.

Agradecimentos

Agradeço a Deus pelo dom da vida e por me ensinar a cada dia o que é amor.

À minha Mãe, que com sua ternura me projete e abre as portas para mim.

Ao Aluizio e à Débora, meus pais, e à Bruna e à Luiza, minhas irmãs, pelo apoio constante, orações e amor incondicional.

Aos meus amigos pela torcida, carinho e orações de intercessão que fizeram toda a diferença.

À Jéssica, que me ajudou diretamente neste trabalho, desinteressada e carinhosamente.

Aos professores e colegas de curso que contribuíram para minha formação e crescimento pessoal.

À minha querida professora orientadora, Ilsimara Moraes, que me acolheu e participou generosamente do desenvolvimento deste trabalho, por sua compreensão.

E a todos que me auxiliaram de alguma forma durante o tempo de realização desta monografia.

Muito obrigada!

Sumário

Introdução	1
1 Velhice.....	4
2 Qualidade de vida	5
3 Qualidade de vida na velhice.....	6
4 O cuidado ao idoso	9
4.1 O idoso em contexto familiar	9
4.2 O idoso na instituição de longa permanência para idosos (ILPI)	10
Metodologia	12
Análise e Discussão	15
1 Percepção sobre si	15
2 Capacidade funcional	18
3 Atividades de lazer e convívio social	21
4 Ambiente em que vivem.....	24
Considerações Finais	29
Referências.....	31
Apêndice A	35
Apêndice B	36
Apêndice C	39
Apêndice D	42
Anexo A.....	46

Resumo

O aumento da população idosa e da longevidade no país requer que se pense sobre a qualidade de vida dos idosos. O presente trabalho buscou discutir aspectos da vida de idosos que residem em contexto familiar e em instituição de longa permanência para idosos, visando estabelecer possíveis relações entre estas duas realidades no que diz respeito à qualidade de vida destas pessoas. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com três idosas e, para sua análise, foi utilizado o método de análise de conteúdo de Bardin (1977). Evidenciou-se neste trabalho que os aspectos relacionados à percepção de bem-estar, à autonomia e à independência, às relações com familiares e profissionais e à perspectiva de vida por parte das idosas foram os que mais coincidiram nas falas das participantes, de modo que se pode inferir que estes mostram relevância ao se pensar sobre a qualidade de vida do idoso. Assim sendo, o local em que vivem não demonstrou ser um aspecto determinante no estabelecimento de aumento ou diminuição da qualidade de vida das idosas entrevistadas.

Palavras chave: idoso, qualidade de vida, família, institucionalizado, independência.

Introdução

O aumento da longevidade do ser humano decorre de diversos fatores advindos de profundas mudanças na vida das pessoas e de modo geral na sociedade, durante o século 20, em consequência das tantas revoluções ocorridas (Sá, Doll & Herédia, 2016). Atualmente, há também o aumento da população idosa no país, o que será tratado mais a diante, para que se diferencie o envelhecimento individual e o populacional.

O envelhecimento individual é entendido como processo irreversível, universal e continuado desde o início da vida, no qual o indivíduo constitui com o mundo suas experiências, a partir dos recursos orgânicos, sociais, de cultura, de economia e de política que possui (Sá et al., 2016). Este processo, segundo Camarano e Kanso (2016), vem ainda associado de “perdas progressivas de função e de papéis sociais”. No Brasil, é considerada idosa a pessoa com sessenta anos de idade ou mais, de acordo com a Política Nacional do Idoso de 1994.

O envelhecimento populacional aparece quando, na população total, verifica-se um crescimento de pessoas idosas e, também a média de anos de vida desta população sofre acréscimo (Camarano & Kanso 2016). Contextualizando o presente cenário nacional, apreende-se que o país ganhou 4,8 milhões de idosos desde o ano de 2012 e ultrapassou os 30,2 milhões em 2017, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE) em 2018. Desta forma, a população idosa representa hoje quase 15% da população do país, sendo que, dentro deste grupo etário, as mulheres são maioria (56%).

O aumento de anos vividos requer que se pense de forma ampla e complexa os diversos desafios e necessidades procedentes deste fenômeno, a partir de uma visão de enfoque múltiplo (Sá et al., 2016). Sob a ótica psicológica, existem alguns paradigmas sobre

o envelhecimento. A seguir, uma breve descrição dos principais ajudará a compreender melhor a visão sob a qual o processo de envelhecimento será tratado neste estudo.

O paradigma mecanicista descreve o homem como um ser mecânico que reage a forças externas, ou seja, o desenvolvimento decorre de um histórico de relações, sem a interferência de pensamentos interpretativos. Assim, alguns experimentos à luz deste modelo, evidenciaram que o adulto e o idoso possuem capacidades reduzidas, levando a crer que, após a adolescência, se finda o desenvolvimento (Neri, 2016).

O paradigma organicista sugere, segundo Neri (2016), que existem fases de desenvolvimento pelas quais o sujeito passa a fim de atingir um objetivo maior. Isso acontece por meio das transformações, que aparecem pelas circunstâncias possibilitadas pelos determinantes culturais, sociais e históricos. As teorias de etapas da primeira metade do século XX compartilham da teoria evolucionista de Darwin.

O paradigma dialético tem como pontos essenciais a mudança e a contradição e, estando sob espectro dialético, assume-se que pode existir reciprocidade na relação entre as contradições. Aqui, o desenvolvimento é constantemente um processo de “conciliação entre determinantes inatos-biológicos, individuais-psicológicos, culturais-psicológicos e naturais-ecológicos” (Neri, 2016. p. 30).

O paradigma de curso de vida defende que o desenvolvimento acontece a partir dos caminhos traçados pelos comportamentos socialmente determinados como adequados e naturais para cada idade pela coletividade. Assim, o contexto social e o indivíduo exercem influência mútua neste processo continuado que ocorre durante toda a vida (Neri, 2016).

O paradigma de desenvolvimento ao longo de toda a vida ou *life span* é considerado de caráter plural, visto que associa a visão de alterações na evolução, de fundamentos

ontogenéticos vindos do paradigma organicista, com as noções dos modelos dialético e de curso de vida. Como nos diz Baltes e Smith (2004, citados por Neri, 2016), o paradigma *life span* abarca variados níveis e aspectos do desenvolvimento e é um movimento de interação, dinâmico e está dentro de um contexto. Desta forma,

nesse paradigma, o desenvolvimento e o envelhecimento são analisados como: uma sequência de mudanças previsíveis, de natureza genético-biológica, que ocorrem ao longo das idades e, por isso, são chamadas de mudanças graduadas por idade; uma sequência previsível de mudanças psicossociais determinadas pelos processos de socialização a que as pessoas de cada coorte estão sujeitas e que, por isso, são chamadas de influências graduadas por história; e uma sequência não previsível de alterações devido à influência de agendas biológicas e sociais e que, por isso, são chamadas de influências não normativas. (Neri, 2016, p 32.)

À luz do paradigma *life span*, que é hoje o mais influente nas áreas de Psicologia, foram desenvolvidas duas microteorias psicológicas sobre o envelhecimento, a teoria da seletividade socioemocional e a teoria da dependência aprendida. A primeira foi desenvolvida por Laura L. Carstensen e explica que as pessoas mais velhas tendem a preservar em seu convívio, relacionamentos mais significativos para suas vidas, procurando intensificar as emoções positivas e reduzir as negativas. Na velhice, em que as pessoas já não possuem muitos recursos, ocorre a seletividade socioemocional adaptativa, pois as emoções são evidenciadas com menos veemência e a interpretação de demonstrações emocionais é uma habilidade reduzida. Assim, Carstensen mostra que essas mudanças não significam prejuízos, mas denotam a existência de um caráter adaptativo, a fim de que os idosos possam potencializar os recursos que ainda possuem para se comportarem afetiva e socialmente, o que se mostra benéfico à obtenção de uma velhice bem-sucedida (Neri, 2016).

Já a teoria da dependência aprendida defendida por Baltes (1996, citado por Neri, 2016), se refere à dependência que o indivíduo desenvolve devido ao contexto e circunstância em que vive, no qual o cuidador tende a fazer por ele aquilo que é necessário, não dando apenas o suporte para que ele mesmo realize suas tarefas dentro do que lhe é viável. Assim sendo, fica evidente que a dependência é um elemento percebido de diferentes formas durante toda a vida, não sendo exclusivo da velhice, bem como, é multifacetada e definida por inúmeras variáveis. São exemplos: falta ou inadequado suporte físico ou psicológico, eventos estressores aos quais o idoso pode ser exposto, como acidentes e incapacidades funcionais decorridas de alguma doença. Nos contextos nos quais a pessoa está inserida, na maior parte das vezes, a interação dos agentes cuidadores com os idosos tendem a perpetuar a relação de dependência destes.

Como nos mostram também Camarano e Medeiros (1999), a dependência está associada a outros fatores para além de aspectos puramente biológicos. Desta forma, é construída histórica e socialmente pelas diversas formas que a sociedade representa a velhice e também pelo papel assumido pelo idoso nesta coletividade. Por exemplo, a independência em contextos de sociedade industrial é considerada a partir não apenas da atuação no mercado de trabalho, mas também pela eficiência do indivíduo.

Discutindo-se sobre questões relativas à fase da vida na qual os idosos se encontram, existe um importante ponto que deve ser levado em consideração, que diz respeito à diversidade de concepções do que se entende por envelhecer e velhice.

1 Velhice

Para Assis e Parra (2014), apesar dos esforços despendidos com o objetivo de ter uma perspectiva menos estereotipada da velhice, por meio da utilização de termos que procuram descrevê-la de forma mais branda (terceira idade, idoso), ainda hoje, a velhice está

ligada a perdas. Isso se deve às diversas características que muitas pessoas associam a esta fase da vida, como problemas em relação à saúde do idoso, perdas em relação a sua locomoção e independência e perdas de parentes próximos, associando a velhice à incapacidade, ao declínio e à degradação do corpo.

De acordo com Gomes (1985, citado por Braga & Galeguillos, 2014), os primeiros conflitos psicológicos na velhice são caracterizados pela possível dificuldade em se ajustar à mudança física, de imagem corporal e social das quais este momento da vida vem acompanhado.

2 Qualidade de vida

Quando se fala em qualidade de vida, não existe um consenso em relação à sua definição. Alguns autores defendem que é um conceito subjetivo, ou seja, que depende apenas da percepção que o sujeito tem sobre os aspectos que abrangem seu bem-estar geral (Bueno, Gomes & Lopes, 2012). Por exemplo, Sirgy (2002, citado por Pais-Ribeiro, 2006) entende que, dentro do conceito de qualidade de vida, entram aspectos subjetivos, os quais ele cita “a satisfação com a vida, o afeto positivo e negativo, o bem-estar subjetivo, a felicidade, a percepção de qualidade de vida” (Pais-Ribeiro, 2006, p.234).

É preciso, porém, segundo Bandeira (2005), levar em consideração aspectos sobre os quais este sujeito não tem controle, como fatores sociais, culturais e econômicos nos quais está inserido. Desta forma, Vecchia, Ruiz, Bocchi e Corrente (2005) trazem que o conceito, amplo e complexo, de qualidade de vida:

está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio

estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive. O conceito de qualidade de vida, portanto, varia de autor para autor e, além disso, é um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo (Vecchia et al. 2005, p.247).

Pais-Ribeiro (2006), em seu estudo, salienta que o conceito de qualidade de vida possui dois grandes campos em que é compreendido, o dos estudiosos e o das pessoas comuns. Algumas visões de autores que se destacam na área da saúde são:

qualidade de vida é um estado de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência da doença ou incapacidade (Cramer, 1994); qualidade de vida é a percepção subjectiva de satisfação ou felicidade com a vida em domínios que são importantes para si (Leidy, Revicki & Genesté, 1999); qualidade de vida é o sentimento pessoal de bem-estar que provém da satisfação ou insatisfação com domínios da vida que são importantes para a pessoa (Ferrans & Powers, 1992); qualidade de vida é a diferença entre as expectativas pessoais e o que está a acontecer realmente na vida pessoal (Calman, 1984) (Pais-Ribeiro, 2006, p.234).

3 Qualidade de vida na velhice

Por abranger aspectos que fazem parte da vida de uma pessoa durante todo seu desenvolvimento, é preciso pensar como a qualidade de vida é um conceito relevante também para a velhice. Na literatura, encontram-se outros termos relacionados à qualidade de vida na velhice, como envelhecimento saudável, envelhecer bem e envelhecimento bem-sucedido.

Percebe-se que não há consenso entre os autores sobre a definição destes conceitos, apesar de existir convergência de muitos aspectos que compõem tais construtos, como por

exemplo, não considerar o fator longevidade suficiente para afirmar que o indivíduo está envelhecendo de forma saudável (Cosenza & Malloy-Diniz, 2013).

Para Braga e Galeguillos (2014), existem dois grupos que abarcam o envelhecimento considerado normal: o bem-sucedido (ou envelhecimento com sucesso) e o usual. No primeiro, estão as pessoas que apresentam perdas diminutas relacionadas à idade avançada em certa função fisiológica. Já os pertencentes ao grupo do envelhecimento usual demonstram consideráveis detrimientos quando contrastados com os mais jovens, mas não são considerados doentes.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) defende em sua publicação sobre envelhecimento ativo que “o objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados” (OMS, 2005, p. 13). Aqui, a qualidade de vida é entendida também de forma complexa, englobando a percepção que o próprio indivíduo tem de sua condição de vida, inserido em uma determinada cultura e em relação às suas preocupações, objetivos e expectativas. A manutenção da autonomia e independência é um aspecto fundamental para garantir a qualidade de vida à medida que se envelhece (OMS, 2005).

Depp, Vahia e Jeste (2010), citados por Cosenza e Malloy-Diniz (2013), mostram que as tradicionais abordagens não tendem a considerar, para a compreensão de envelhecimento saudável, aspectos emocionais e cognitivos dos idosos, que se mostram de elevada importância para que o indivíduo possa ter condições de conservar a independência e a saúde física. Ainda de acordo com esses autores, estes são construtos que os idosos mesmo consideram de alto valor, já que é mais difícil impedir o aparecimento de doenças crônicas com o avançar da idade, do que conservar estes aspectos.

Em estudo, Murakami e Scattolin (2010) concluíram que a qualidade de vida do idoso é fortemente afetada pela independência no que diz respeito às atividades básicas de vida diária (AVDs). Estas atividades referem-se a afazeres que englobam o autocuidado, como se alimentar, cuidar da higiene pessoal e se vestir. Já as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) incluem atividades como preparar refeições, dirigir, passear, fazer compras, utilizar o telefone e se mover de um local para outro (Vieira, 2004).

Desta forma, a capacidade funcional está ligada ao nível de manutenção da habilidade que o indivíduo possui para realizar atividades básicas de vida diária (AVDs), bem como o grau de competência para atividades instrumentais de vida diária (AIVDs). Quando ele não necessita de ajuda para a realização de AVDs ou AIVDs, se pode dizer que possui totalmente preservada sua capacidade funcional e, conseqüentemente, sua independência (Neri, 2001).

Como defendido pela OMS (2005), a independência e a autonomia na velhice tem forte influência na qualidade de vida do idoso. Assim sendo, é importante ressaltar a diferença entre estes dois aspectos. Como exposto acima, a independência está relacionada centralmente à capacidade funcional e, a autonomia, por sua vez, tem como princípio básico a “noção e exercício do autogoverno” (Neri, 2001, p. 10)

Destaca-se também como fator importante de interferência na possibilidade de vivenciar uma velhice saudável, a história de vida de cada pessoa, perpassada pelas experiências e oportunidades de cada um (Teixeira, 2004).

Diante destes aspectos que caracterizam a qualidade de vida em idosos, pode-se dizer que a estreita relação entre saúde do corpo e da mente, independência econômica e no dia a dia, integração social e apoio de familiares qualifica o envelhecimento saudável (Dias, Carvalho & Araújo, 2013).

4 O cuidado ao idoso

A responsabilidade pelo cuidado ao idoso está claramente instituída na Constituição Federal de 1988, em que se encontra o estabelecimento de que tal incumbência diz respeito à família, bem como, está reforçada na Política Nacional do Idoso, 1994 e no Estatuto do Idoso, 2003 (Camarano, 2008).

4.1 O idoso em contexto familiar

A família tem mudado profundamente sua estrutura nas últimas décadas, devido a transformações conjugais, à entrada expressiva da mulher no mercado de trabalho e à diminuição da fecundidade. Essas mudanças, especialmente a saída maior da mulher do contexto familiar para o trabalho externo, implicam também as tarefas convencionadas a cada sexo, já que a mulher tem passado cada vez mais para o papel de provedora junto com o homem. Ainda assim, o cuidado dos membros dependentes permanece de responsabilidade feminina na maior parte dos casos (Camarano & Kanso, 2016).

Ainda segundo Camarano e Kanso (2016), isso ocasiona mudanças também no contexto do cuidado prestado ao idoso na instituição familiar, já que este novo cenário acomete a família em sua capacidade de oferecer cuidado aos idosos. Como aponta Castilho (2007), o espaço do idoso dentro da família atual é reduzido, pois seus membros possuem inúmeros papéis a serem desempenhados em suas vidas e, apesar de residirem juntos, vivem de forma isolada uns dos outros. Consequentemente, são afetadas as tarefas de cuidar, que se referem ao conjunto de condutas dirigidas ao idoso incapacitado, para ajudá-lo em suas AVDs (Neri, 2001).

Independente da forma com que esteja estruturada a família, a manutenção dos vínculos afetivos entre os membros e os idosos se mostra de extrema importância se houver a

necessidade da institucionalização destes, por meio do contato constante dos familiares (Viana, 2016).

4.2 O idoso na instituição de longa permanência para idosos (ILPI)

Ao longo da história, a idéia de residir em uma instituição não é bem aceita pela sociedade, já que esta carrega um estereótipo de “lugar para morrer” ou “depósito de idosos”, assim como de local em que se é excluído e dominado (Novaes, 2003, citado por Camarano, 2008).

Ainda assim, o contexto das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) é um local distinto e favorável para se observar as maneiras de se viver o envelhecer, devido à diversidade de pessoas e dos motivos que as levam até estes lugares (Freitas & Noronha, 2010).

Em relação ao que se espera de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos, de acordo com o Estatuto do Idoso (2003, citado por Lenardt et al., 2006), destaca-se que:

as entidades de atendimento ao idoso devem oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, fornecer vestuário, se for pública, e alimentação suficiente, proporcionar cuidados à saúde conforme a necessidade do idoso e promover atividades educacionais, esportivas, culturais e de lazer e manter, no quadro do atendimento, pessoas com formação profissional específica (Lenardt et al. 2006, p. 118).

Segundo o estudo de Viana (2016), a decisão da institucionalização do idoso, o que gera privação de seu modo de vida habitual, na maior parte das vezes mostra a fragilização dos vínculos familiares, pois estes já estariam rompidos antes da ida do idoso para a instituição.

Existem histórias de vida marcadas negativamente e positivamente no que diz respeito à institucionalização dos idosos. Contudo, o que normalmente se associa a esta situação são estereótipos de solidão, abandono e tristeza. Esses estigmas vem mudando e da mesma maneira, a forma de pensar sobre essa população, abrindo a outras possibilidades diante das já conhecidas. Muitos idosos, por exemplo, declaram motivos de permanência nas ILPS como preferir ser autônomo e não importunar os filhos, ser viúvo ou sofrer maus-tratos no âmbito familiar (Freitas & Noronha, 2010).

Para que o idoso mantenha ou até mesmo melhore sua qualidade de vida na instituição, é preciso que os cuidadores tenham capacidade de humanizar a permanência daqueles em suas atividades. Assim, é imprescindível que exista uma reflexão acerca das práticas dos profissionais que desempenham serviço de cuidado ao idoso, a fim de que sejam realizadas de maneira humanizada, indo além de meras técnicas e procedimentos padrões e mantendo uma relação de zelo com os idosos residentes (Lima, Arcieri, Garbin & Moimaz, 2010).

Por estarem afastados de suas famílias, os idosos podem desenvolver depressão, com prognóstico de uma velhice obscura (Freitas & Noronha, 2010), o que poderia ser evitado com um preparo adequado dos cuidadores, no sentido de trazer mais qualidade de vida para os aqueles residentes em ILPIs.

Isso posto, este estudo tem como objetivo discutir as dimensões da qualidade de vida de idosos. Como objetivos específicos, se pretende: identificar a percepção de bem estar dos idosos, verificar a autonomia e a independência e compreender as relações familiares.

Metodologia

Para essa pesquisa foi utilizado o método de análise de conteúdo de Bardin (1977), que consiste em três fases, sendo elas: a pré-análise a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Para Silva e Fossá (2015), a análise de conteúdo é uma prática em que o pesquisador explora e examina informação expressa. Nesta averiguação, objetiva-se a classificação desse material em categorias, para que auxiliem no entendimento do que está latente nos discursos.

A primeira fase, de pré-análise, inclui como principais missões a escolha dos documentos, a formulação das hipóteses e dos objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. Esta fase articula: a leitura flutuante, que consiste no primeiro contato com o material a ser analisado, a fim de conhecê-lo; a escolha dos documentos, que serão o *corpus* de análise; a formulação das hipóteses e dos objetivos, a partir das primeiras leituras dos documentos; e a elaboração de indicadores, para que se possa realizar a interpretação do material (Silva & Fossá, 2015).

Bardin (1977) salienta a importância de seguir as seguintes regras para a constituição do *corpus* de análise: regra da exaustividade, ou seja, após definido o *corpus*, é preciso que se leve em consideração sua totalidade, não se excluindo, por qualquer motivo, algum de seus elementos; regra da representatividade, em que, se possível, pode ser levada em consideração apenas uma amostra do material, que represente o universo inicial; regra da homogeneidade, que diz respeito à obediência dos critérios utilizados para escolha dos documentos, que não devem apresentar excessivas particularidades que não atendam a tais critérios; e, por fim, regra da pertinência, na qual os documentos coletados, para fonte de informação, devem atender aos objetivos da pesquisa.

Após esse procedimento, é realizada a segunda fase, que consiste na exploração do material. Por meio da codificação, é realizada a transformação dos dados obtidos em

unidades de registro, nas quais são identificadas palavras-chaves. Após esta identificação, ocorre uma primeira categorização e, decorrente do agrupamento destas categorias iniciais, surgem as categorias intermediárias, que são igualmente agrupadas, se definindo, assim, as categorias finais (Silva & Fossá, 2015).

Por fim, ocorre a terceira fase, que corresponde ao tratamento dos resultados, à inferência e à interpretação dos resultados obtidos. Segundo Silva e Fossá (2015), nesta etapa, o pesquisador analisa os dados de forma que possa captar o conteúdo evidente e o não manifesto.

Este método procura compreender as relações sociais nos diversos contextos, levando em conta o objeto e o problema de pesquisa. Desta forma, buscou-se adaptar o método de análise de conteúdo proposto por Bardin às peculiaridades deste estudo.

Neste estudo, utilizou-se a categorização dos dados, a partir de elementos comuns encontrados no discurso das participantes e embasamento na literatura consultada. Para construção dos dados, foi realizada uma entrevista semi-estruturada (Apêndice A), utilizando-se gravador, papel e caneta para registro. O roteiro de entrevista pretendeu abarcar questões sobre qualidade de vida dos participantes na fase da velhice. Essa entrevista foi realizada com três participantes do sexo feminino, idosas, que vivem em contextos diferentes. As participantes foram escolhidas por conveniência e por não possuírem prejuízo na fala e cognição, o que inviabilizaria a entrevista.

A primeira entrevistada (Apêndice B), Maria (nome fictício), vive em uma instituição de longa permanência para idosos e tem 76 anos de idade. A segunda entrevistada (Apêndice C), Ana (nome fictício) tem 92 anos e reside na casa de um de seus filhos. A terceira entrevistada (Apêndice D), Francisca (nome fictício), tem 90 anos e reside em casa própria com a neta e o marido.

Após submissão e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, o estudo foi elucidado a Maria, Ana e Francisca e, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), foram entrevistadas pela pesquisadora. Maria, a idosa institucionalizada que vive em uma Instituição de Longa Permanência (ILPI), respondeu à entrevista em local da própria instituição no qual se sentiu à vontade. Ana, que reside na casa de seu filho, foi entrevistada em seu próprio ambiente domiciliar. Francisca respondeu à entrevista na casa de sua cunhada, pois mora em outra cidade e a estava visitando.

A ILPI visitada para a realização dessa entrevista foi uma casa de repouso particular no Distrito Federal. Essa escolha foi circunstancial devido à abertura da instituição para a realização dessa pesquisa. A participante que reside em contexto familiar também foi escolhida seguindo os mesmos critérios acima, dada a disponibilidade e abertura dessa residência. Neste domicílio, foram realizadas entrevistas com duas idosas, uma que reside neste local e outra que a estava visitando.

Sendo assim, espera-se encontrar como resultados que as variáveis que permeiam cada cenário sejam responsáveis pelas diferentes percepções de qualidade de vida, não sendo o local de vivência do idoso um determinante absoluto.

Análise e Discussão

A primeira entrevistada Maria (nome fictício) vive em uma instituição de longa permanência para idosos, tem 76 anos de idade, dois filhos, três netas e é viúva. O local conta com espaços amplos de convivência, consultório médico, farmácia, refeitórios, salas de TV, sala de terapia ocupacional, local para atendimento de fisioterapia e área verde com jardins. Ela vive nesta casa de repouso há um ano e seis meses.

A segunda entrevistada, Ana (nome fictício), tem 92 anos, três filhos, é viúva há dois meses e considera a perda do marido ainda recente. Possui um problema na coluna que dificulta sua mobilidade e mora na casa de um de seus filhos há cinco anos, onde possui um quarto exclusivo, que foi construído para ela e o marido.

A terceira entrevistada, Francisca (nome fictício), tem 90 anos, dois filhos (um biológico e um adotado), é viúva e mora em casa própria com a neta e o marido.

As categorias foram formadas de acordo com os aspectos mais comuns nos discursos analisados, bem como outros que se mostraram relevantes no levantamento da literatura. Diante disso, as categorias formadas foram quatro, sendo elas: percepção de si, capacidade funcional, atividades de lazer e convívio social e ambiente em que vivem.

1 Percepção sobre si

Esta categoria salienta três pontos principais: a visão do idoso sobre a fase da vida em que se encontra, sobre os sentimentos predominantes, bem como possíveis preocupações e perspectivas do idoso com relação ao futuro.

Aqui, em relação à visão do idoso sobre sua fase de vida, nas falas das participantes é possível observar o que nos fala Assis e Parra (2014) sobre a visão da velhice como momento de perdas e declínio. Maria e Ana trazem em suas falas a ideia de velhice como algo que procuram não pensar muito, já que essa temática provocou certo desconforto por não

demonstrarem ter expectativas para o futuro e estarem só esperando o tempo passar, como demonstrado abaixo:

Ah, minha filha, é a vida... A gente tem a vida... nasce, cresce, casa, tem os filhos... Esperar... A vida... Que dia que Deus vai Lembrar de mim... Eu penso... A gente chega numa fase, igual já to eu... a gente não tem esperança de fazer mais nada não... Deixa o tempo passar, né? (Maria)

Olha, eu nem penso, porque, eu não tive dificuldade assim... eu não penso em... pela minha idade, vou fazer 92 anos agora, dia 29, né? Então eu não penso... eu penso em: amanhã eu vou fazer isso, “assim, assim”, eu vou terminar isso “assim, assim”... eu vou levando a vida, porque se a gente for pensar mesmo, a gente vai sofrer, né? Então eu gosto de... quando eu to fazendo uma coisa, eu to esquecendo e assim a vida passa, vem o amanhã, é outra novidade, é outros pensamentos e assim eu to indo... Vamos ver até quando Deus quiser. (Ana)

Já Francisca parece enxergar de forma diferente e mais leve seu momento de vida, como uma consequência natural do ciclo da vida:

Olha, se eu falar você vai rir. Eu nem sinto que eu tô envelhecendo (risos). Não me preocupo (risos). (Francisca)

Os diferentes modos de vivenciar a velhice que são trazidos por essas falas parecem, de fato, serem atravessados pelas histórias e oportunidades de cada uma, como aponta Teixeira (2004). Pode-se perceber certa relação de tais falas com as que seguem:

Eu era do lar, né? Quando eu era solteira meu pai não deixou eu trabalhar... Eu casei, meu marido também não deixou... Era em casa mesmo, cuidando dos meus filhos... E bem cuidado, tá?(Maria)

Toda vida eu costurei, nós (ela e o marido) tivemos confecções, trabalhamos muito, depois fui pra casa, fui trabalhar, fui costurar pra feitió né... roupa de mulher. (Ana)

Quando perguntadas sobre como se sentem na maior parte do tempo, as três participantes relataram não ter preocupações com nenhum aspecto de sua vida, evidenciando mais uma vez, a falta de planos e perspectivas futuros. Maria e Ana, mais uma vez, evidenciaram aspectos negativos sobre seus sentimentos. Cabe ressaltar, porém, que Ana disse se sentir bem, mas devido ao recente falecimento do marido, está passando por uma fase em que está “*com a cabeça meia leve*” e, às vezes, sente vontade de “*se entregar*”, em suas palavras.

Não, tem não (preocupações). Tristeza não. Tem dia que a gente começa pensar... aí deixa pra lá... não adianta. (Maria)

Não (tenho preocupações), é tudo tranquilo.[...] Mas eu, graças a Deus, to me sentindo bem e meu marido foi já vai fazer 2 meses agora e a gente (ela) ainda tá meio assim... com a cabeça meia leve né, mas eu to indo, eu to andando, graças a Deus. É, ainda não to assim, muito concentrada não, mas a gente tem que seguir nossos caminhos, né?

Mas graças a Deus, eu to, tem dia que eu quero me entregar, mas eu acho que tem uma força maior. Aí eu pego o crochê e começo a fazer ou então eu pego o livro e

começo a ler, sabe? Aí a gente... Mas isso é só o tempo que cura que vai tranquilizando a gente, né?(Ana)

Olha... Não tenho (preocupações). Não sei nem te falar porque não tenho. Tô levando a vida como Deus quer! (risos) [...] Eu me sinto bem, porque em casa a gente tem o que fazer, distração. [...] A vida é muito boa, por enquanto Deus tá me dando uma oportunidade muito boa. Ah... Eu me sinto (feliz)! Você se sente bem, porque a gente não discute com ninguém, não tem inimizade. Então é feliz, né. (Francisca)

2 Capacidade funcional

Esta categoria discute o estado geral da saúde física, o cuidado profissional prestado aos idosos, as possíveis doenças e os problemas de mobilidade. Esses pontos se relacionam com grau de autonomia do idoso de acordo com sua capacidade de tomar decisões a respeito de aspectos de sua vida, bem como explora o nível de independência do idoso, a partir de sua capacidade para a realização de atividades de vida diária (AVDs) e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs).

Duas das participantes contam com atendimento de equipe multiprofissional regular. Uma delas, Maria, que está institucionalizada, é acompanhada por um médico e por outros profissionais da área da saúde. Eles fazem recomendações a ela devido a alguns problemas, como colesterol alto, as quais ela relata seguir.

Aqui tem tudo... O Dr. S.

Não, coração não. Eu tenho problema é de colesterol, mas eu fiz dieta, já tá normal.

E tem algumas coisas que a gente tem que evitar, né... Evitar açúcar, evitar uma

coisa ou outra. [...] Isso, eu quero andar, se Deus quiser! [...] Tem (fisioterapia). [...] Vai (ajudando). (Maria)

Quando se perguntou, se para além destas condições de saúde havia algo mais, Maria respondeu o problema de locomoção e acrescentou:

“Isso, eu quero andar, se Deus quiser!”.

Aqui, devido a sua limitação de mobilidade, se pode pensar até que ponto a incapacidade para realizar atividades básicas de vida diária pode afetar sua qualidade de vida, como nos sugere como mostram Murakami e Scattolin (2010). Infere-se que esta incapacidade a incomoda, uma vez que demonstra o desejo de conseguir andar novamente.

Ana, que também conta com atendimento de equipe multiprofissional regular, possui assistência de um programa de saúde pública, que presta auxílio no domicílio. Ela foi admitida no programa por morar com seu marido que necessitava de cuidados constantes. Ela hoje continua sendo atendida, mesmo após o falecimento do esposo e demonstra gostar do acompanhamento que recebe:

Eu só vou no médico, eu tenho assistência médica aqui né, dentro de casa. [...] Tem nutricionista, tem a fisioterapeuta, tem os enfermeiros, se tem qualquer coisa, eles que cuidam, sabe? Eles cuidaram muito bem do meu marido, muito bem mesmo.
(Ana)

Mais uma vez, Francisca, que reside com a sua neta, mostra certa diferença com relação às outras participantes, pois relata necessitar raramente de cuidados médicos:

Não, não.[...]Muuito difícil (ir ao médico). [...] Não, tá tudo... Tranquilão. Vou assim, na época que precisa vacina, eu vou e tomo vacina... Mas é muito difícil ir em médico... Graças a Deus. (Francisca)

As participantes que vivem com a família, demonstram possuir capacidades para realização de AVDs preservadas, já que podem desempenhar tarefas básicas essenciais, como realizar suas refeições e realizar higiene pessoal sozinhas, como define Vieira (2004). Ana, apesar de ter um problema relatado na coluna que dificulta sua mobilidade, consegue se locomover sozinha e praticar o exercício que a fisioterapeuta indica. Mais uma vez, fica clara a valorização da independência por parte dos idosos, como ilustrado na fala da Ana, que responde “*Graças a Deus, não*” à pergunta sobre a necessidade de ajuda para realizar atividades diárias.

Me alimentar não, eu como sozinha. Mas pra tomar banho tem mais dificuldade de locomoção. (Maria)

Graças a Deus, não. Tomo banho sozinha, faço meu café... Inclusive o café pra mim e pra M. (nora), que é sem doce. Faço meu café, tomo meu cafezinho com pão, depois eu faço minha ginástica, que essa assistência médica que vem aqui, ela me ensinou... Eu to indo, to indo bem! (Ana)

Por enquanto não, eu me viro sozinha com tudo... e vou saio pra rua, pra ir na pintura que é longe de casa, pra praia [...] Tudo sozinha, de ônibus vou, faço compra e tudo... Sempre sozinha. (Francisca)

Existe, contudo, certo grau de dependência em cada uma das idosas. Em duas participantes, Maria e Ana se nota maior dependência, advinda de limitações físicas e de mobilidade. Francisca, por sua vez, é a participante que demonstra maior grau de independência. Tais fatos corroboram com a afirmação de Camarano e Medeiros (1999) sobre a situação de dependência que, mesmo advinda de fatores biológicos, abarca outras questões, como por exemplo, o convívio social de Ana - que só sai acompanhada - e o de Maria, que não goza mais de total privacidade em seu momento de higiene pessoal.

Abaixo, é possível perceber que não há autonomia para cuidar das finanças por parte de nenhuma das participantes, que não demonstram insatisfação com tal situação.

Eu recebo (aposentadoria), tá tudo na mão do J. (filho), da M. (nora)... Eles cuidam de tudo. (Ana)

Não, eu vivo com ela... Elas que fazem a despesas. [...] Porque... Eu recebo, mas a filha que põe no banco por causa de doença... Duma coisa mais reservada né, assim...De precisa... Porque se ficar na mão da gente “pshpsh”...Vai embora (risos) (Francisca)

3 Atividades de lazer e convívio social

Esta categoria explora as atividades relatadas pelos idosos como descanso, distração, diversão, geradoras de prazer e que propiciam convívio social.

Uma dessas atividades relatadas foi a prática religiosa. É possível perceber que as participantes valorizam a prática religiosa, mas não demonstram que isso seja algo central em suas vidas. Ana e Francisca relatam essa prática como atividade que gera bem-estar. Aqui

também é possível perceber, com exceção de Francisca, houve perda da prática que costumavam ter antes de residirem em instituição e com a família.

Sou Católica Apostólica Romana. [...] Costumava (ir à igreja)!

Não, aqui eu vou à missa né? Recebo a comunhão e tudo, mas... Mais nada. (Maria)

Olha, a minha família toda é da religião Espírita. Mas agora eu to aqui, eu to acompanhando a M. na... De vez em quando eu vou na igreja (católica), sabe? E ela faz novena, terço dos jovens e eu gosto de assistir, gosto de acompanhar. [...]É, com a minha prima. Ela gosta de ir (ao centro espírita) e ela fala “ah, Aurora, vamo lá”, aí “Vamos”, aí a gente vai, toma o passe e vem embora, a gente vem assim tranquila, a gente vem cheia de, de... aquelas emoção boa, gostosa... Eu gosto de assistir. (Ana)

Sou... Sou católica.

Vou assim (à igreja)... Num dia especial, entendeu? Mas de ir todo domingo, não.

Ah... Rezar em casa, né? A gente dá uma paz com Deus. (Francisca)

Outra atividade sobre a qual se discorreu foram exercícios físicos, de forma que apenas uma das três entrevistadas referiu-se a essa prática como algo constante e que propicia bem-estar.

Aqui mesmo eu faço. Tem um exercício que faz na cama, deitada e o outro a gente faz na cadeira. Esse é sagrado! Eu deixo de fazer qualquer coisa pra fazer isso...

Eu sinto é falta, quando eu não faço (o exercício), às vezes atrapalha, devido ao horário, porque eu gosto de fazer de manhã, né... E às vezes a gente perde um pouco

ou tem qualquer coisa pra fazer, mas eu não gosto de faltar não, eu gosto de fazer todos os dias. E eu sinto bem, sabe? Eu sinto bem mesmo... (Ana)

Sobre o convívio social, Ana não relatou passeios ou conversas com outras pessoas além dos familiares. Maria discorreu sobre as amigas que fez na instituição, com as quais aprecia conversar e desfruta da companhia para algumas atividades do local. Francisca relata uma vida social ativa, em que costuma sair frequentemente com amigas.

Aqui a gente tem amiga, a gente conversa... gente de confiança, entendeu? [...]

Tenho, ó tem ela ali, outra aqui... Conversa, né, N.? A gente vai lá pra cima, fazer uns trabalhos lá. Um dia faz uma atividade de um jeito, outro dia faz de outro... Depois vai perguntar também... “que que ce gosta, que que ce faz né?” [...] Ver TV, conversar... Conversar! Conversar é melhor que a gente sabe das coisas, né? E faz amigo... Eu sei da vida deles e eles sabem da minha, né? (Maria)

Eu gosto... Eu saio com as amigas pra passear. Nós reunimos... Um dia vai pra um lugar, outro dia vai pra outro.

Ah, vamo. A gente sai da SECOM, junta: “vamo tomar uma cerveja?”. Vai aquela turma, umas cinco, seis. (Francisca)

Foi possível observar nas relações das participantes, que possuem número reduzido de pessoas com quem mantém vínculo e convívio social, a teoria da seletividade socioemocional da qual nos fala Carstensen (1991, 1993/1995, citada por Neri 2016).

Maria não reportou outras atividades que costuma realizar como distração e lazer, além de assistir à televisão. Por outro lado, Ana descreveu o que costuma desempenhar em

seu cotidiano para se sentir bem. Francisca também tem uma atividade, que diferentemente de Ana, acontece fora de casa e consiste em fazer pinturas em uma secretaria da prefeitura.

De vez em quando também precisa de alguma coisa, a P. (neta), aí eu dou jeito na roupa, mas é assim, tudo limitado né, porque... [...] Gosto de arrumar a cozinha depois do almoço. É, eu que gosto de ensaboar e enquanto não tá tudo limpinho eu não... Sabe? Eu não fico tranquila. Por exemplo, eu to com uma costura, enquanto eu não termino ela, eu não sinto assim bem, sabe? Eu gosto... [...] Tem mais! Eu gosto de ler, às vezes pra descansar um pouquinho eu gosto de ler, assim, livros bons, instrutivos né... [...] Ah, eu faço crochê também. Mostra aquele que eu fiz pra P.(neta). Foi o primeiro crochê que eu fiz depois que eu vim pra cá! Depois desse aí, eu já fiz cinco. Assim, tudo toalha. (Ana)

Trabalho, vou fazer pintura na SECOM... Que é a minha distração, né? Minha distração... E o resto tudo em casa que a gente se envolve. [...] Tenho a cachorrinha que é minha maior distração. (Francisca)

4 Ambiente em que vivem

Esta categoria aborda possíveis desconfortos ou aspectos agradáveis aos idosos sobre o ambiente do local em que vivem, bem como o motivo pelo qual o idoso reside em casa familiar ou em instituição de longa permanência. Também se discute os aspectos positivos e negativos das relações estabelecidas entre o idoso e os seus familiares e entre o idoso e os profissionais.

As três participantes não relataram nenhum desconforto ou algo que mudariam no local em que vivem. Da mesma forma, foram unânimes ao discorrerem sobre gostarem de viver no local em que estão.

Não. Gosto daqui. [...] Tá tudo bom! (Maria)

Maria não parece enxergar a instituição de forma estereotipada, nem como um lugar de isolamento conforme Novaes (2003, citado por Camarano, 2008) aponta ser um fenômeno histórico. Pelo contrário, ela relata alguns aspectos que considera agradáveis no local, como as relações estabelecidas com os membros residentes.

Não. Gosto de viver aqui, perto da família. (Ana)

Não, eu vivo bem, convivo com eles. Tá tranquilo. (Francisca)

Com relação aos motivos para decidirem residir no local atual, as falas são distintas. Maria relata problemas com a antiga cuidadora quando residia em sua casa, após o falecimento de seu marido. Já Ana, passou a residir na casa do filho porque o marido demandava cuidados constantes e ela não conseguia ofertá-los. Nos dois casos, é possível notar que as tarefas de cuida das quais nos fala Neri (2001) foram prejudicadas ou passaram a ser impossibilitadas de serem realizadas em algum momento, justificando a partida das idosas ao atual local em que residem. Francisca não relatou precisamente o motivo pelo qual sua neta passou a residir em sua casa, mas demonstrou vivenciar a situação com naturalidade.

E meu filho pôs empregada... E as empregadas não querem saber de nada não...

Fazia eu dormir e se mandava e ia pro bar beber. Aí meu filho viu, viu essas coisas e falou “não”, aí procurou aqui e a gente veio pra cá e to aqui e gosto daqui.

Foi porque nós ficamos mais... a idade veio, veio a doença, meu marido tava muito doente, aí nós viemos pra cá pra ficar com ele, pra ficar mais fácil né... (Maria)

A gente tava em casa e já tava já com dificuldade eu olhar ele, e aí o corpo já não tava aguentando mais. Aí o J. (filho) resolveu que nós aqui ficasse melhor pra ele.

Pra ele e pra nós também. [...] É, ele (o marido) tinha mais problema de saúde. E eu já tava começando também já com muita dor nas pernas e com a coluna muito inflamada e eu tava já com dificuldade, porque tinha hora que tinha que pegar ele, ajudar né... Aí nós viemos pra cá, aí eu fui muito bem recebida, graças a Deus. Por ele, pelos meninos né, pelo H. e a P. (netos). (Ana)

Aliás, eu vivo com eles (neta e marido) hoje. É o contrário. [...] Não, eles vieram morar comigo. Mas continuei na minha e eles na deles, entendeu? Mas foi muito comum, muito legal. (Francisca)

No que diz respeito às relações familiares, as idosas que residem com familiares demonstraram uma relação de mais troca e conversa com estes. Maria, apenas citou que recebe visitas dos filhos e netos e que eles costumam brincar juntos. As duas participantes que recebem assistência de profissionais demonstraram estar satisfeitas com as relações estabelecidas com estes. Em especial, Ana, que enfatizou que mantém grande apreço pelas visitas dos profissionais de saúde ao local em que reside.

Os meus filhos vem aqui, trazem um negocinho pra gente brincar, outro vem e traz outros... a gente fica aí, brincando. Vem a neta da F., ela sabe conversar e brincar com a gente também, viu?[...]Vem meus filhos, vem minhas netas... vem minha nora. [...] Boa (a relação), gosto de todo mundo... Tenho nada a reclamar não. (Maria)

É, o ombro forte tá ali (referindo-se à nora). [...] Vem uma equipe, às vezes vem 2 enfermeiras ou 3 enfermeiras, com 2 ou 3 médicos, sabe? Aí vem aquela turma, aí gente brinca, a gente conversa... Passa as horas, né? E é gostoso.[...]Boa, muito boa! Eles são muito... mais amigo assim da gente, sabe? Parece que é da família. É muito, muito bom. (Ana)

Conversa a gente (ela, a neta e o marido)... Às vezes ela chega do serviço e conta alguma coisa pra mim... E ele também ajuda a entrar no assunto. E... A filha vem, porque eu moro com a neta, a filha vem... A gente se “transa” todo mundo na conversa, mas é muito bom, muito legal. (Francisca)

As relações familiares observadas aqui, a partir das falas das participantes, não demonstra falta de espaço dentro das famílias que residem com as idosas, como mostra Castilho (2007). Porém, não foi explorada como é a interação direta entre os membros no cotidiano.

Cabe ressaltar que não foi observado em nenhuma das três participantes o fenômeno da dependência aprendida do qual fala Baltes (1996, citado por Neri), já que o ambiente em que vivem e as relações com as pessoas mais próximas não evidenciam tal acontecimento, nem demonstram perpetuar qualquer relação de dependência por parte dos idosos.

Para finalizar a entrevista, perguntou-se qual seria uma mensagem pessoal que cada idosa gostaria de deixar para os mais jovens, explorando assim conselhos a partir de sua experiência de vida.

Falaria pra pessoa cuidar mais da vida, ter mais amor... Principalmente com o pai e a mãe, os filhos... Porque o presente que a gente tem nesse mundo é os filhos da gente, depois vem as netas, né. (Maria)

Ah, é se cuidar, ter amor à vida, ter amor a Deus, e seguir os seus passos, como Deus ensina, como Jesus tá sempre perto da gente e sempre olhando a gente, pra gente ter sempre um caminho firme. Eu acho que isso é importante pra gente. (Ana)

Olha, se todo mundo ter a cabeça que eu tenho, leve assim pra... pra não encucar as coisas seria bom, porque tem gente encuca um negócio na cabeça e se acaba ali de pensar naquilo. Eu já não sou assim. Passou, passou. Aconteceu, aconteceu. Vamo viver pra frente. (Francisca)

Como neste estudo se buscou compreender o processo de envelhecimento à luz do modelo *life span* de Baltes e Smith (2004), os processos vivenciados pelas idosas foram analisados de forma ampla, integrando os aspectos que compõe este paradigma.

Diante do exposto, se pode aferir que a qualidade de vidas das idosas entrevistadas não é diretamente determinada pelo local em que residem, mas decorrentes de variados aspectos, corroborando com as definições de qualidade de vida e velhice saudável expostas na revisão de literatura.

Considerações Finais

Este trabalho se propôs a estudar as diferentes realidades de três idosas, a partir de suas falas, que vivem em contextos diferentes - residências familiares e instituição de longa permanência para idosos - visando discutir sua qualidade de vida. Portanto, pode-se considerar que o objetivo foi alcançado, uma vez que articulou a literatura com a prática, isto é, as experiências trazidas pelas idosas.

Com relação à percepção de bem-estar das idosas participantes, as idosas que vivem com familiares relataram sensação de bem-estar e sentimentos bons na maior parte do tempo. Cabe a ressalva de que a participante que vivenciou o falecimento do cônjuge há pouco tempo relata ainda um mal estar, mas em outros momentos de sua fala, evidenciou que se sente bem com as atividades que realiza em seu cotidiano. Já a participante institucionalizada, apesar de não reportar que se sente triste, não relatou sentimentos bons predominantemente como as outras. Reportou-se mais claramente a certos pensamentos que aparentemente a incomodam, pois procurar evitar tais pensamentos.

Autonomia e independência foram aspectos que apresentaram, conforme a literatura, grande influência na qualidade de vida das idosas. As idosas não apresentaram em suas falas grande grau de autonomia. Ainda assim, demonstraram certa preservação deste aspecto, tendo em vista que podem decidir sobre sua alimentação e atividades de lazer, por exemplo. As participantes residentes em casa de familiares apresentaram independência para atividades básicas da vida diária consideravelmente superior à da idosa residente em instituição, uma vez que esta última possui limitações de mobilidade maiores. O nível de independência referente a atividades instrumentais como sair sozinha e realizar eventuais compras se mostrou inexistente em duas idosas e ainda preservado em uma delas (residente em casa familiar).

Foi possível compreender de forma geral as relações com os familiares e com os profissionais estabelecidas pelas idosas. Compreendeu-se que estas relações afetam sua forma de vida, uma vez que as pessoas que convivem com as participantes influenciam diretamente em sua qualidade de vida, pois são estas que na maior parte do tempo são os principais agentes de convívio social, de suporte financeiro e instrumental.

Duas participantes discorreram sobre suas perspectivas de vida se referenciando a Deus, no sentido de estarem esperando em que momento irão falecer. Mais uma vez, a participante que vive em casa de familiares e tem grau de independência maior, manifestou uma visão diferenciada sobre seu momento de vida, de forma que expressou não perceber que está envelhecendo.

Notou-se neste trabalho que os aspectos mencionados acima foram os que mais coincidiram nas falas das participantes, de modo que se pode inferir que estes mostram relevância ao se pensar sobre a qualidade de vida do idoso. Assim sendo, o local em que vivem não demonstrou ser um aspecto determinante no estabelecimento de aumento ou diminuição da qualidade de vida das idosas entrevistadas.

Sabe-se que esta pesquisa é apenas um recorte da realidade que se pretendeu estudar, sendo assim, não é possível generalizar as inferências devido à sua reduzida amostra. Sugere-se então que, em estudos futuros, o número de participantes seja maior para que esta realidade possa ser melhor discutida.

Referências

- Almeida A. de, Lopes, E. dos S. S., Camilo, J. T. da S., & Choi V. M. P. (2016). *Manual APA: regras gerais de estilo e formatação de trabalhos acadêmicos*. Fundação Álvares Penteado, São Paulo, SP. Retirado de <http://biblioteca.fecap.br/wp-content/uploads/2012/08/Manual-APA-regras-gerais-de-estilo-e-formata%C3%A7%C3%A3o-de-trabalhos-acad%C3%AAmicos.pdf>
- Assis, F., & Parra, C. (2014). Envelhecimento Bem Sucedido e a Participação nos Serviços
- Bandeira, K. M. (2005, Outubro). Discutindo a Qualidade de Vida dos Idosos. *A terceira idade*, 16(14), 51-61.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Braga, C., & Galleguillos, T. G. B. (2014). *Saúde do Adulto e do Idoso*. São Paulo: Érica
- Bueno, E. M., Gomes, S. M., & Lopes R. G. da C. (2012). A percepção dos idosos sobre a qualidade de vida no ambiente institucional. *Revista Portal de Divulgação*, 2(22), 39-49. Retirado de <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php>
- Camarano A.A., & Medeiros M. Introdução. (1999) Em A. A. Camarano (org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: Ipea.
- Camarano, A. A. (2008, Maio-Agosto). Cuidados de longa duração para a população idosa: família ou instituição de longa permanência. *Sinais Sociais*, 3(7), 10-39.
- Camarano, A. A., & Kanso, S. (2016). Envelhecimento da População Brasileira: Uma Contribuição Demográfica. Em E. V. de, Freitas & L. Py (Eds.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Retirado de <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527729505/>
- Castilho, T. (2007, Fevereiro). O idoso fragilizado e a família: representações, preconceitos, conflitos e solidariedade. *A terceira idade*. 18(38), 57-63.

- Consenza, M. R., & Malloy-Diniz L. F. (2013). Envelhecimento saudável, resiliência cognitiva e qualidade de vida. Em F., L. Malloy-Diniz, D. Fuentes, & M. R. Consenza (Orgs.) *Neuropsicologia do Envelhecimento*. Retirado de <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582710159/> de Convivência para Idosos. Retirado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0847.pdf>
- Dias, D. da S. G., Carvalho, C. da S., & Araújo, C. V. de. (2013). Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(1), 127-138. Retirado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000100013>
- Freitas, A.V.S., Noronha, C.V. (2010). Idosos em instituições de longa permanência: falando de cuidado. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(33), 359-369. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000200010>
- IBGE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2017. Disponível em: www.ibge.gov.br . Acesso em: 2018.
- Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm
- Lenardt, M. H., Willig, M. H., Silva S. C., Shimbo, A. Y., Tallmann, A. E. C. & Maruo, G. H. (2006). O idoso institucionalizado e a cultura de cuidados profissionais. *Cogitare Enferm.* 11(2), 117-123.
- Lima, T. J. V. de, Arcieri, R. M., Garbin, C. A. S., & Moimaz, S. A. S. (2010). Humanização na Atenção à Saúde do Idoso. *Saúde e Sociedade*, 19(4), 866-877. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000400013>

- Murakami, L., & Scattolin, F. (2010). Avaliação da independência funcional e da qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Medica Herediana*, 21(1), 18-26.
Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2010000100004&lng=es&tlng=es
- Neri, A. L. (2001). *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas: Alínea.
- Neri, A. L. (2016). Teorias Psicológicas do Envelhecimento: Percurso Histórico e Teorias Atuais. Em E. V. de, Freitas & L. Py (Eds.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Retirado de <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527729505/>
- OMS, Organização Mundial da Saúde (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.
- Pais-Ribeiro, J. (2006). Relação entre a psicologia positiva e as suas variáveis protectoras, e a qualidade de vida e bem-estar como variáveis de resultado. Em I. Leal (Coord.). *Perspectivas em psicologia da saúde* (pp.231-244). Coimbra: Quarteto editora.
- Ribeiro, M. R. (2014). *Manual de normas para elaboração de trabalhos científicos: artigos, monografias, projetos e relatórios*. Centro Universitário de Brasília, Brasília, DF.
- Sá, J. L. M. de, Doll J., Oliveira, J. F. P., & Herédia, V. B. M. (2016). Multidimensionalidade do Envelhecimento e Interdisciplinaridade. Em E. V. de, Freitas & L. Py (Eds.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Retirado de <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527729505/>
- Silva A. H., & Fossá M. I. T. (2015) Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualitas Revista Eletrônica*, 16(1). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.18391/qualitas.v16i1.2113>
- Teixeira, M.H. Aspectos psicológicos da velhice (2004). Em A.L. Saldanha & C.P. Caldas (Ed.), *Saúde do Idoso: a arte de cuidar* (pp.309-315) Rio de janeiro: Interciência.

- Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. C. M., & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(3), 246-252.
- Viana, D. C. (2016, maio). O fortalecimento dos vínculos familiares com o idoso. 4º *Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais*, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 4.
Retirado de <http://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/1d/1d829859-460f-44ee-b558-78a9892c874d.pdf>
- Vieira, E. B. (2004). *Manual de Gerontologia: Um Guia Teórico-Prático para Profissionais, Cuidadores e Familiares*. Rio de Janeiro: Revinter.

Apêndice A

Roteiro da entrevista

1. Você teve filhos e netos?
2. Você possuía algum trabalho anteriormente?
3. Há quanto tempo você mora aqui?
4. Como foi que você veio morar aqui?
5. Tem alguém que te ajuda com suas despesas? Quem?
6. Você necessita de ajuda no dia-a-dia? Que tipo de ajuda? Quem te auxilia?
7. Se você pudesse, viveria em outro local? Onde você gostaria de morar?
8. Se você pudesse mudar algo aqui, o que seria?
9. O que você costuma fazer para descansar e se divertir? Tem algum hobby? Que atividades são oferecidas aqui que você ache interessante ou que participe?
10. Você costuma conversar ou passear com alguém?
11. Você tem alguma religião? Costuma frequentar a igreja?
12. Se a gente fosse falar de sentimentos, como você se sente na maior parte do tempo?
13. Pensando na sua vida hoje, quais são suas maiores preocupações?
14. Como é feito quando você precisa consultar um profissional da saúde(médico ou dentista por exemplo)?
15. Como é a relação com sua família?
16. Como você enxerga esta fase da vida (qual a visão sobre o envelhecer)?
17. Como você se relaciona com os profissionais que trabalham aqui?
18. Você gostaria de deixar uma mensagem ou um conselho às pessoas mais jovens?

Apêndice B

Maria

A senhora tem quantos anos?

M: Tenho... sou de 1941, faz as contas...

Tem 76 anos. E a senhora teve filhos, netos?

M: Dois filhos maravilhosos, eu sou viúva e tenho 3 netos.

E a senhora possuiu algum trabalho anteriormente, antes de vir morar aqui?

M: Eu era do lar, né? Quando eu era solteira meu pai não deixou eu trabalhar... Eu casei, meu marido também não deixou... Era em casa mesmo, cuidando dos meus filhos... E bem cuidado, tá?

E há quanto tempo que a senhora tá morando aqui na Instituição?

M: Já tem 1 ano e 6 meses.

E como que foi esse processo, como decidiu vir pra cá?

M: Tá bom... Eu sou viúva né? Eu já não tenho irmã, a família vai acabando... E meu filho pos empregada... e as empregadas não querem saber de nada não... Fazia eu dormir e se mandava e ia pro bar beber. Aí meu filho viu, viu essas coisas e falou “não”, aí procurou aqui e a gente veio pra cá e to aqui e gosto daqui.

GostA?

M: Gosto.

E como é o dia a dia aqui? A senhora tem amigas, conversa com elas?

M: Tenho, ó tem ela ali, outra aqui... Conversa, né, N.?

Aí vê TV?

M: É.

O que mais faz pra distrair?

M: A gente vai lá pra cima, fazer uns trabalhos lá. Cê já foi lá?

Não, não conheço aqui... O que a senhora costuma fazer de trabalho aqui?

M: Um dia faz uma atividade de um jeito, outro dia faz de outro... Depois vai perguntar também... “que que ce gosta, que que ce faz ne?”

Mas eles tem atividade de pintura, de arte, música? (PAUSA) Tem não?

M: Tem.

E a senhora gosta dessas atividades?

M: Gosto, gosto.

E como que é no quarto, a senhora dorme com mais alguém? Ou é sozinha?

M: Com essa aí, ó.

Ah sim, entendi... E tem alguém que ajuda com as despesa? Ou dinheiro de aposentadoria... ou são seus filhos... como é que funciona?

M: Vai. Vai aposentadoria, vai aluguel. E meus filhos ajudam também.

E como que é no dia a dia? Precisa de ajuda pra tomar banho, pra se alimentar?

M: Me alimentar não, eu como sozinha. Mas pra tomar banho tem mais dificuldade de locomoção.

E se a senhora pudesse viver em outro local, gostaria?

M: Não.

A senhora disse que gosta daqui, né?

M: Gosto daqui.

Aqui parece ser bem agradável, com plantas...

M: Aqui a gente tem amiga, a gente conversa... Gente de confiança, entendeu?

Gente que ajuda também, né? Que cuida...

M: É, agora quando eu sair daqui, não sei pra onde é que eu vou...

Mas a senhora tá pensando em sair daqui?

M: Não, to não... (rindo)

E se a senhora pudesse mudar alguma coisa aqui: teria alguma coisa que gostaria de mudar?

M: Tá tudo bom!

O que a senhora mais gosta de fazer de atividade aqui? (PAUSA) ... Ver TV, conversar...

M: Conversar! Conversar é melhor que a gente sabe das coisas, né?

E faz amigo também, né?

M: E faz amigo... Eu sei da vida deles e eles sabem da minha, né?

E a senhora tem alguma religião, alguma crença?

M: Sou Católica Apostólica Romana.

E a senhora costuma ir na igreja?

M: Costumava!

E agora não vai porque está aqui, né?

M: Não, aqui eu vou a missa né? Recebo a comunhão e tudo, mas... mais nada.

Eles fazem a missa aqui dentro, então?

M: É.

E se a gente fosse falar de sentimentos, como a senhora se sente na maior parte do tempo?

Sente feliz, mais triste... Como é que é?

M: Eu penso... A gente chega numa fase, igual já to eu... a gente não tem esperança de fazer mais nada não... Deixa o tempo passar, né?

Mas a senhora se sente bem ou de vez em quando bate aquela tristeza?

M: Não, não... Tristeza não. Tem dia que a gente começa pensar... aí deixa pra lá... não adianta.

Aí a senhora procura alguma coisa pra se distrair?

M: É. (PAUSA)... Os meus filhos vem aqui, trazem um negocinho pra gente brincar, outro vem e traz outros... a gente fica aí, brincando. Vem a neta da Florinda, ela sabe conversar e brincar com a gente também, viu?

E seus filhos costumam vir aqui bastante visitar?

M: Vem, vem! Vem meus filhos, vem minhas netas... vem minha nora.

E pensando hoje, a senhora tem alguma preocupação, alguma coisa que a senhora pensa e fica preocupada?

M: Não, tem não.

E quando a senhora precisa procurar algum profissional de saúde? Algum médico, algum dentista...

M: Aqui tem tudo... O Dr. Saulo.

A senhora tem algum problema de saúde? (PAUSA)... Diabetes, problema de pressão, de coração...

M: Não, coração não. Eu tenho problema é de colesterol, mas eu fiz dieta, já tá normal. E tem algumas coisas que a gente tem que evitar, né... Evitar açúcar, evitar uma coisa ou outra.

Aí fora isso, é só mais a dificuldade de locomover?

M: Isso, eu quero andar, se Deus quiser!

E a senhora tá fazendo ginástica, fisioterapia? Aqui tem fisioterapia também?

M: Tem.

Aí vai ajudando, né?

M: Vai.

A senhora já me falou da sua relação com a família, que é boa...

M: É boa, graças a Deus. Eu tenho só uma tia, filha, eu falo, já tá acabando tudo...

A senhora é daqui de Brasília?

M: De Goiás.

E a relação com as pessoas que trabalham aqui, como é?

M: Boa, gosto de todo mundo... Tenho nada a reclamar não.

E como que a senhora enxerga essa fase da vida, agora que a senhora está nela?

M: Ah, minha filha, é a vida... A gente tem a vida... nasce, cresce, casa, tem os filhos...

Esperar... A vida... Que dia que Deus vai lembrar de mim...

E se a senhora pudesse deixar alguma mensagem pra uma pessoa mais jovem, algum conselho... O que a senhora falaria?

M: (PAUSA)... Falaria pra pessoa cuidar mais da vida, ter mais amor... Principalmente com o pai e a mãe, os filhos... Porque o presente que a gente tem nesse mundo é os filhos da gente, depois vem as netas, né.

Apêndice C

Ana

A senhora tem quantos filhos?

A: Três.

Como a senhora veio morar com seu filho?

A: Foi porque nós ficamos mais... a idade veio, veio a doença, meu marido tava muito doente, aí nós viemos pra cá pra ficar com ele, pra ficar mais fácil né...

Entendi, pra ter uma ajuda né...

A: É, o ombro forte tá ali (referindo-se à nora).

E a senhora tinha algum trabalho anteriormente?

A: Toda vida eu costurei, nós (ela e o marido) tivemos confecções, trabalhamos muito, depois fui pra casa, fui trabalhar, fui costurar pra feitió né... de roupa de mulher (alta costura, o marido também fazia ternos)

Nora: até hj ela costura e muito bem, viu?

A: É, to passando o tempo, ne? De vez em quando também precisa de alguma coisa, a P., aí eu dou jeito na roupa, mas é assim, tudo limitado né, porque... Mas eu, graças a Deus, to me sentindo bem e meu marido foi já vai fazer 2 meses agora e a gente (ela) ainda tá meio assim... com a cabeça meia leve né, mas eu to indo, eu to andando, graças a Deus.

E há quanto tempo que a senhora mora aqui?

A: Olha, esse ano agora, em outubro, vai fazer 5 anos. A gente tava em casa e já tava já com dificuldade eu olhar ele, e aí o corpo já não tava aguentando mais. Aí o Junior resolveu, que nós aqui ficasse melhor pra ele. Pra ele e pra nós também.

Mas foi mais por conta dele, né? Ele tinha mais problemas de saúde?

A: É, ele tinha mais problema de saúde. E eu já tava começando também já com muita dor nas pernas e com a coluna muito inflamada e eu tava já com dificuldade, porque tinha hora que tinha que pegar ele, ajudar né... Aí nós viemos pra cá, aí eu fui muito bem recebida, graças a Deus. Por ele, pelos meninos né, pelo H. e a P.. Agora eu to aguentando essa véia aqui (rindo, referindo-se à cunhada que veio de Santos pra visita-la e passar um tempo aqui). Se a senhora pudesse morar em outro local, gostaria?

A: Não. Gosto de viver aqui, perto da família.

Cunhada: mas nós somos assim (próximas) desde quase quando a gente nasceu (rindo)

A: É, nós somos assim desde criança, aí mais tarde eu namorei, o meu marido é irmão do marido dela. Fomos morar juntos quando casamos e nós tamo juntas até hoje. Agora, ela veio passar uns tempos aqui comigo.

Cunhada: E vivemos! E estamos aqui até hoje.

E como que é a questão das despesas aqui na casa? A senhora recebe alguma aposentadoria?

A: Eu recebo, tá tudo na mão do J., da M.... Eles cuidam de tudo. Eu só vou no médico, eu tenho assistência médica aqui né, dentro de casa.

Eles vem aqui né?

A: É, eles fazem aqui...

E a senhora precisa de alguma ajuda no dia a dia? Tomar banho, fazer as refeições?

A: Graças a Deus, não. Tomo banho sozinha, faço meu café... Inclusive o café pra mim e pra M. (nora), que é sem doce. Faço meu café, tomo meu cafezinho com pão, depois eu faço minha ginástica, que essa assistência médica que vem aqui, ela me ensinou... Eu to indo, to indo bem!

A senhora faz aqui mesmo a ginástica?

A: Aqui mesmo eu faço. Tem um exercício que faz na cama, deitada e o outro a gente faz na cadeira. Esse é sagrado! Eu deixo de fazer qualquer coisa pra fazer isso. Aí depois começa a lida... Gosto de arrumar a cozinha depois do almoço.

É?

A: É, eu que gosto de ensaboar e enquanto não tá tudo limpinho eu não, sabe? Eu não fico tranquila. Por exemplo, eu to com uma costura, enquanto eu não termino ela, eu não não sinto assim bem, sabe? Eu gosto...

E a senhora comentou que gosta de fazer esse exercício... A senhora se sente bem fazendo esse exercício?

A: Sinto, sinto. Eu não sinto nada. Eu sinto é falta, quando eu não faço, às vezes atrapalha, devido ao horário, porque eu gosto de fazer de manhã, né... E as vezes a gente perde um pouco ou tem qualquer coisa pra fazer, mas eu não gosto de faltar não, eu gosto de fazer todos os dias. E eu sinto bem, sabe? Eu sinto bem mesmo...

E aí essa assistência que vem aqui é só médica ou tem nutricionista...?

A: Não, tem nutricionista, tem a fisioterapeuta, tem os enfermeiros, se tem qualquer coisa, eles que cuidam, sabe? Eles cuidaram muito bem do meu marido, muito bem mesmo. Vem uma equipe, às vezes vem 2 enfermeiras ou 3 enfermeiras, com 2 ou 3 médicos, sabe? Aí vem aquela turma, aí gente brinca, a gente conversa... Passa as horas, né? E é gostoso.

Então tem uma relação boa com eles?

A: Boa, muito boa! Eles são muito... mais amigo assim da gente, sabe? Parece que é da família. É muito, muito bom.

Aí eles costumam vir uma vez por mês, como é?

A: Não, de 15 em 15 dias ou as vezes semana em semana, né M.?

Nora: Quando tem alguma, quando tá com algum problema, aí vem toda semana ou até mais. Até mais de uma vez por semana, de acordo com a necessidade, Geralmente, é de 15 em 15 dias, mas se tem algum problema, vem mais vezes.

É de um programa do governo, né? Qual que é o nome?

Nora: É NRAD, que significa Núcleo Regional de Assistência Domiciliar, do GDF né, da Secretaria de Saúde e é uma equipe que tem 2 médicos, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, enfermeiros, assistente de enfermagem também... são umas 7 ou 8 pessoas. É bem legal, né? É multidisciplinar.

Nora: Nossa, muito! Eles são considerados, que eram os dois (Dona Aurora e marido), que aí o Sr. Borges faleceu e ficou a Dona Aurora. Na verdade, quem foi admitido primeiro pela equipe, foi o Sr. Borges, porque ele já estava acamado. Porque tem uma certa... tem umas características que tem que ter pra ser admitido e o Sr. Borges tinha toda a característica, mas como eles vinham pra atender o Sr. Borges, admitiram a Dona Aurora também, que se fosse só por ela, como ela ainda tem locomoção pra ir até o hospital, ela não seria, mas como admitiram... vinha né, então ela foi admitida também. Eles são considerados assim, pacientes internados em domicílio. Então quando tem algum problema e precisa ir pro hospital, já tem uma certa facilidade também, ele fez a cirurgia de gastrostomia, que eles conseguiram, sabe, lá no hospital. Então assim, é uma equipe, assim... o atendimento é maravilhoso. Nota dez! Essas equipes normalmente são muitas boas mesmo... Eu ia perguntar sobre algo que a senhora gosta de fazer para se divertir e a senhora comentou da costura né?

A: Tem mais! Eu gosto de ler, às vezes pra descansar um pouquinho eu gosto de ler, assim, livros bons, instrutivos né...

Nora: E tem mais coisa que a senhora faz!

A: Ah, eu faço crochê atmbém. Mostra aquele que eu fiz pra P.. Foi o primeiro crochê que eu fiz depois que eu vim pra cá! Depois desse aí, eu já fiz cinco. Assim, tudo toalha.

Nora: Esse aqui, ela deu pra P..

A: Aí eu fiz e falei "bom, esse aqui é da P.", todo branquinho...

A senhora tem alguma religião? Costuma frequentar a igreja?

A: Olha, a minha família toda é da religião Espírita. Mas agora eu to aqui, eu to acompanhando a M. na... de vez em quando eu vou na igreja (católica), sabe? E ela faz novena, terço dos jovens e eu gosto de assistir, gosto de acompanhar.

Nora: Ela deixa a televisão ligada na Rede Vida o dia todo... E quando tem a oportunidade, quando uma pessoa amiga dela vem aqui, quando tem oportunidade ela vai ouvir alguma palestra no centro espírita, né Dona Aurora?

A: É, com a minha prima. Ela gosta de ir e ela fala “ah, Aurora, vamo lá”, aí “Vamos”, aí a gente vai, toma o passe e vem embora, a gente vem assim tranquila, a gente vem cheia de, de... aquelas emoção boa, gostosa... Eu gosto de assistir.

Entendi. Se a gente fosse falar de sentimentos? Nesse momento, a senhora comentou que tá com a cabeça um pouco mais leve por conta do falecimento do seu marido há pouco tempo...

A: É, ainda não to assim, muito concentrada não, mas a gente tem que seguir nossos caminhos, né?

Nora: 66 anos juntos, né? Eram muito unidos mesmo, né, Dona Aurora?

A: 66 de casados, com 7 de namoro... Aí cê faz a conta... 70 e lá vai pedradas... Mas graças a Deus, eu to, tem dia que eu quero me entregar, mas eu acho que tem uma força maior. Aí eu pego o crochê e começo a fazer ou então eu pego o livro e começo a ler, sabe? Aí a gente... Essa noite mesmo eu sonhei com ele

Nora: Foi?

A: Mas a hora que fui... parece que ele queria falar comigo, desapareceu... Aí 4h da manhã eu perdi o sono e não dormi mais.

Mas aí que bom que tem pessoas para conversar né?

Nora: É e os sobrinhos dela vem aqui pegá-la pra passar uma tarde... Ela vai muito pra casa dos sobrinhos.

A: Mas isso é só o tempo que cura que vai tranquilizando a gente, né?

Então se a senhora fosse pensar em alguma preocupação... tem alguma coisa assim que a senhora fica mais preocupada?

A: Não, é tudo tranquilo.

E como que a senhora enxerga essa fase da vida, que a senhora tá?

A: Olha, eu nem penso, porque, eu não tive dificuldade assim... eu não penso em... pela minha idade, vou fazer 92 anos agora, dia 29 (de maio), né? Então eu não penso... eu penso em: amanhã eu vou fazer isso, “assim, assim”, eu vou terminar isso “assim, assim”... eu vou levando a vida, porque se a gente for pensar mesmo, a gente vai sofrer, né? Então eu gosto de... quando eu to fazendo uma coisa, eu to esquecendo e assim a vida passa, vem o amanhã, é outra novidade, é outros pensamentos e assim eu to indo... Vamos ver até quando Deus quiser.

Então se a senhora pudesse deixar alguma mensagem pra alguém mais jovem, um conselho, alguma coisa assim, que que a senhoraalaria?

A: Ah, é se cuidar, ter amor à vida, ter amor a Deus, e seguir os seus passos, como Deus ensina, como Jesus tá sempre perto da gente e sempre olhando a gente, pra gente ter sempre um caminho firme. Eu acho que isso é importante pra gente.

Apêndice D

Francisca

Tem um termo de consentimento só pra fim burocrático mesmo se eles quiserem olhar e tal. Aqui explica o que é a entrevista e aí dá a sua autorização né, pra eu usar suas informações...

F: Sim.

Sem o seu nome no meu trabalho.

Aí a senhora assina aqui pra mim, por favor? É.. (pausa) é aqui embaixo... (pausa) aí o resto eu escrevo (pausa)

F: Pronto.

Brigada.. (pausa) é, depois eu completo aqui. Aí eu vou ficar olhando o celular só porque eu tenho algumas perguntas aqui tá? Pra ir fazendo.. (pausa) é.. mas a senhora tinha começado a falar né? Sobre onde você mora... e aí quanto filhos você tem...pra eu ir sabendo.

F: Já ligou?

Já..pode falar

F: Moro em Santos...

Aham

F: Precisa dar endereço, ou não?

Não, precisa não

F: Moro em Santos... Tô a passeio em Brasília, na casa da minha sobrinha e... em casa mesmo eu sou dona de casa.

Uhum... a senhora mora com a sua neta, é isso?

F: Com a neta e... trabalho, vou fazer pintura na SECOM... que é a minha distração, né?

Minha distração... e o resto tudo em casa que a gente se envolve.

É, aí mora a senhora, a sua neta e mais alguém? Ou só vocês duas?

F: E o marido dela.

Ah entendi.

F: E uma cachorrinha que eu amo (risos) .

Risos

AMIGA: Tá morrendo de saudade (risos)

Oh meu Deus...

F: To apaixonada, morrendo de saudade (risos)

Eu sei como é, eu entendo (risos)... e a senhora teve quantos filhos?

F: Dois.

Dois.

F: Um... e um que eu cuidei né?

Ah, entendi, ta certo.

F: Mas é considerado filho porque foi desde bebê.

Uhum

F: E vive comigo

É

F: Aliás, eu vivo com eles hoje. É o contrário (risos)

Pois é, aí como que foi esse processo que você foi morar na casa deles? Foi porque? Como que aconteceu?

F: Não, eles vieram morar comigo.

Eles foram pra sua casa.

F: É.

Entendi.

F: Depois... mas continuei na minha e eles.. na deles, entendeu? Mas foi.. muito comum, muito legal.

E se a senhora pudesse viver em outro local ou mudar alguma coisa na sua casa, mudaria?

F: Não, eu vivo bem, convivo com eles. Tá tranquilo.

É? E como que é o seu dia a dia? A senhora precisa de ajuda pra fazer atividades ou é cada um independente?

F: Por enquanto não, eu me viro sozinha com tudo... e vou saio pra rua, pra ir na pintura que é longe de casa pra praia..

Ah...

F: O resto...

Entendi...

AMIGA: Vai de ônibus

F: A gente se vira.

E a senhora se locomove sozinha... Pega o ônibus? Tudo sozinha...

F: Tudo sozinha, de ônibus vou, faço compra e tudo... Sempre sozinha.

Desculpa, a senhora tem quantos anos?

F: É 90.

Ò!

F: 90 anos!

Minha meta de vida viu? Pra ser independente que nem a senhora... É... E aí, como que é a relação de vocês dentro de casa? Vocês costumam conversar ou é mais corrido?

F: Conversa a gente... Às vezes ela chega do serviço e conta alguma coisa pra mim... E ele também ajuda a entrar no assunto.

Aham.

F: E... A filha outra a filha veio porque eu moro com a neta, a filha vem... A gente se transa todo mundo na conversa, mas é muito bom, muito legal.

Entendi. E como que é a questão das despesas em casa? Cada um ajuda com a sua parte?

F: Não, eu vivo com ela... Elas que fazem a despesas

Uhum.

F: Porque... Eu recebo pensão do meu filho, mas a filha que põe no banco por causa de doença... Duma coisa mais reservada né, assim...

Quando precisar.

F: De precisão.

Aham

F: Porque se ficar na mão da gente “psh psh”

É verdade (risos)

F: Vai embora (risos)

E hoje em dia, a senhora ta... Precisa de algum auxílio? Assim, tem alguma doença que tem que ir ao médico sempre?

F: Não, não.

Nada disso.

F: Muuito difícil

Então nem costuma ir tanto ao médico, essas coisas assim.

F: Não, tá tudo... Tranquilão.

Que beleza, gente.

F: Eu vou assim, na época que precisa vacina, eu vou e tomo vacina... Mas é muito difícil ir em médico... Graças a Deus.

Graças a Deus né?! (risos)

F: Graças a Deus (risos)

E a senhora tem alguma religião? Alguma crença assim?

F: Sou... Sou católica.

Católica, e costuma ir à igreja ou...?

F: Vou assim... Num dia especial, entendeu? Mas de ir todo domingo, não.

Não, né?

F: Não.

Entendi. E costuma rezar, essas coisas assim?

F: Ah... Rezar em casa, né?

Em casa, né?

F: A gente da uma paz com Deus.

É, é verdade. É... E... Ah isso aqui você até já comentou comigo né, costuma conversar, passear

F: É.

De vez em quando...

F: Eu gosto... Eu saio com as amigas pra passear. Nós reunimos... Um dia vai pra um lugar, outro dia vai pra outro.

Muito legal. Hmm... E se a gente fosse falar agora de sentimentos? Como que a senhora se sente, assim, na maior parte do tempo?

F: Eu me sinto bem, porque em casa a gente tem o que fazer, distração.

Uhum.

F: Tenho a cachorrinha que é minha maior distração.

PAUSA, Cunhada entra na sala.

F: Depois vem a filha a noite, que trabalha né, com o marido. Mas o resto... A vida é muito boa, por enquanto Deus tá me dando uma oportunidade muito boa. Deixa eu ver, saí de lá vim aqui pra casa deles agora.

Uhum

Mary: Gosta de tomar uma cervejinha, viu?

Isso é muito bom! (risos)

F: Adoro! (risos)

Com as amigas sai pra tomar uma cervejinha? (risos)

F: Ah, vamo. A gente sai da SECOM, junta “vamo tomar uma cerveja?”. Vai aquela turma, umas cinco, seis.

Muito bom!

F: Aí minha filha vai buscar. Quando ta meu fí, entra no meio também!

(Risos)

F: Muito bom!

É... Então a senhora parece ser bem feliz mesmo, né?

F: Ah... Eu me sinto!

É o que importa, né?

F: O importante é isso.

Uhum.

F: Você se sente bem, porque a gente não discute com ninguém, não tem inimizade. Então é feliz, né.

É... Eu ia até perguntar se tem alguma preocupação, alguma coisa que te preocupe muito, assim... Tem alguma coisa? Ou não?

F: Olha... Não tenho. Não sei nem te falar porque não tenho .

Só tranquilidade?

F: Tô levando a vida como Deus quer! (risos)

(Risos) É... Hmm... Ah, já falou também sobre um pouquinho sobre médicos né? A senhora não precisa muito...

F: Ó, da idade que eu tô até hoje eu só tenho um médico.

Aham.

F: Não sou, não fui assim precisar de ir pra lá, ir pra cá não. É só um e, se precisar, ele que indica.

Aham, ele que cuida de tudo, assim, do geral né?

F: É, tudo do geral é ele. Se ele falar “olha só, precisa ir ver isso, não é comigo, mas a senhora vai nesse, nesse, nesse”

Hmm.

F: Entendeu?

Entendi.

F: Então tá bom.

Entendi sim. Como a senhora enxerga essa fase da vida, o processo do envelhecer mesmo né, assim, como que a senhora enxerga?

F: Olha, se eu falar você vai rir. Eu nem sinto que eu tô envelhecendo (risos)

Assim que tem que ser!

F: Eu levo a vida assim, e tem hora que eu olho no espelho eu falo “nossa gente, to envelhecendo”, é mais isso que me vem assim... Mas o resto do mês, do ano...

É a mesma pessoa de sempre, muito bom (risos)

F: Não me preocupo (risos)

É um bom aprendizado. É... Então eu acho que é isso. Pra finalizar, a senhora gostaria de deixar alguma mensagem, algum conselho pras pessoas que são mais jovens?

F: Olha, se todo mundo ter a cabeça que eu tenho, leve assim pra... pra não encucar as coisas seria bom, porque tem gente encuca um negócio na cabeça e se acaba ali de pensar naquilo.

É verdade.

F: Eu já não sou assim. Passou, passou. Aconteceu, aconteceu. Vamo viver pra frente.

Amém (risos) Brigada, viu?!

F: De nada, bem.

Anexo A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília, pelo telefone (61) 3966-1200 ou pelo e-mail: irb@uiuc.edu.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Discutindo a Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado e em Contexto Familiar

Pesquisador Responsável : Prof. Ilsimara Moraes da Silva

Pesquisadores participantes: Clara Trivelli Muniz

Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): (61) 99158-0518

E-mail para contato: trivelliclara@gmail.com

- Esta pesquisa tem por objetivo entender e estabelecer relações entre a dinâmica de funcionamento da vida de idosos em contexto de instituição de longa permanência e em contexto familiar, buscando compreender sua qualidade de vida.
- A pesquisadora realizará entrevistas com os participantes no próprio local em que vivem.
- Nesta pesquisa você poderá desenvolver suas atividades cotidianas sempre que precisar. Os riscos previstos são médios, devido a algumas perguntas. Se o participante necessitar de apoio, a pesquisadora prestará o suporte necessário.
- Sua participação nesta pesquisa é voluntária, podendo retirar-se do estudo a qualquer momento, sem nenhuma penalidade.
- A pesquisa terá duração de aproximadamente 3 meses.
- Nome e Assinatura do pesquisador _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/CPF/ _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **“Discutindo a Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado e em Contexto Familiar”**, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador Clara Trivelli Muniz sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Local e data

Nome e assinatura do sujeito ou responsável
